Aus der chirurgischen Abteilung des Sanct Josephs-Krankenhauses in Potsdam. Leiter: Professor Dr. Conrad Pochhammer.

Auszug.

Ueber

Prostatahypertrophie und ihre chirurgische Radikalbehandlung

(historisches, kritisch-descriptives, kasuistisches)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin und Chirurgie

von

Otto Pochhammer,
praktischen Arzt aus Halberstadt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Im Auszug gedruckt mit Zustimmung
der
Medizinischen Falkultät
der
Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin.

Tag der Promotion: 14. Februar 1921.

Referent: Prof. Dr. Albert Köhler.
Correferent: Geh. Rat Dr. Hildebrand.

Herm. Freise, Parchim, Spezialdruckerei für Dr.-Dissertationen.

496

I.

a. Einleitung.

Es ist nicht die Absicht der Arbeit, neue Argumente in die Diskussion zu werfen oder umfassende statistische Feststellungen zu machen, als vielmehr nur einen möglichst ausführlichen Bericht über die mit der suprapubischen Prostatektomie im Potsdamer St. Josephs-Krankenhause gewonnenen Resultate zu geben und hierbei die noch bestehenden Unklarheiten und Meinungsverschiedenheiten hervorzuheben, gegenüberzustellen und gegebenenfalls kritisch zu besprechen.

b. Geschichtlicher Ueberblick u. s. w.

Noch vor 30 Jahren wäre es als ein Kunstfehler angesehen worden, eine hypertrophische Prostata operativ anzugreifen, obwohl es an Versuchen dazu nicht gefehlt hat (Guthrie 1834, Amussat 1839 u. a. m.). Erst nachdem durch die exakten pathologisch-histologischen Untersuchungen Motz's, Caspers u v. a. die Unhaltbarkeit der bis dahin geltenden Guyon-Launois'schen Theorie (die Prostatahypertrophie — eine Teilerscheinung einer allgemeinen Arteriosklerose des gesamten Harnapparates) erwiesen war, wurde die Bahn für eine erfolgverheißende chirurgische Radikalbehandlung frei. — Parenchymatöse Injectionen, mechanische Kompressionen, der elektrische Strom erwiesen sich als wenig wirkungsvoll, sogar gefährlich und sind wieder verlassen worden. Während die Organotherapie (analog der Schilddrüsenfütterung bei der Struma) keinerlei Einfluß erkennen ließ, scheinen die bis in die neueste Zeit fortgesetzten Versuche mit Röntgenbestrahlung und Applikation radiumhaltiger Substanzen eine günstige Wirkung auf gewisse

Formen der Hypertrophie auszuüben. Die erstmalig 1893 von Bier vorgenommene transperitoneale (später extraperitoneale) Unterbindung beider arteriae iliacae internae (zur Herbeiführung einer Schrumpfung der hypertrophierten Prostata durch Einschränkung der Blutzufuhr) war ein Eingriff, dessen Gefahren zu dem nicht immer sicheren Erfolg in keinem annehmbaren Verhältnis standen. Durch Wegnahme oder Ausschaltung der Keimdrüsen versuchte man, analog der Erfahrung bei jungen kastrierten Tierindividuen, eine Rückbildung der hypertrophischen Prostata herbeizuführen. Erstmalig 1886 von Sinitzin vorgenommener, und von Ramm in Christiana und White in Philadelphia als Methode empfohlen, wird die doppelseitige Kastration, trotzdem ein gewisser Erfolg in einer Reihe von Fällen unbestreitbar ist, jetzt kaum noch geübt, da sie sehr häufig schwere psychische Störungen nach sich zieht, ganz abgesehen von ihrem verstümmelnden Charakter (Bottini nannte sie „eine abessynische Unmenschlichkeit"). Die von Lennander in Upsala an ihrer Stelle empfohlene Durchschneidung bezw. Resektion der Vasa deferentia wird dagegen, obwohl sie in ihrer Wirkung recht inkonstant ist, noch viel und gern ausgeführt. Sie ist eine technisch einfache und fast absolut ungefährliche Operation ohne üble Folgeerscheinungen. Ihr Wert besteht aber wohl hauptsächlich nur in einer gewissen Dekongestionierung der hypertrophischen Prostata, die in einigen gutartigen Fällen für sich allein ausreichen mag, in der Mehrzahl der Fälle wird ein dauernder Erfolg ausbleiben. Die Kombination beider Verfahren, Kastration auf der einen, Vasektomie auf der anderen Seite, giebt nach Grunert, der sie als Operation der Wahl empfiehlt, bessere Resultate als die Vasektomie allein und verursacht keine psychischen Ausfallerscheinungen. — Die von dem Italiener Bottini schon 1874 angegebene und geübte galvanokaustische Diaerese der Prostatahypertrophie auf urethralem Wege kann nur den Anspruch einer palliativen Operation erheben. Der anfänglich vorzügliche Erfolg ist meist nicht von Dauer, und es ist entweder die erneute Anwendung des Bottini oder die Prostatektomie notwendig. — Trotz ihrer schweren Zugänglichkeit

und versteckten Lage hatte man doch schon frühzeitig versucht, der hypertrophischen Prostata mit dem Messer zu Leibe zu gehen (cf. die eingangs erwähnten Teilexcisionen von Guthrie, Amussat, Mercier u. s. w.). Zur methodischen Anwendung gelangten partielle Prostatektomien aber erst gegen das Jahr 1890 durch Mac Gill und Belfield. In Deutschland hat Kümmel 1886 zuerst mehrere suprapubische Excisionen mit dem Thermokauter erfolgreich ausgeführt, während Dittel in Wien 1890 perineale Teilexcisionen aus den Seitenlappen mit dem Messer oder Glüheisen ebenfalls mit Erfolg vornahm. Im allgemeinen waren aber die Dauer-Resultate der partiellen Prostatektomien unverläßlich und Recidive recht häufig. Die erste totale Exstirpation der Prostata (bei einem Carcinom) wurde 1867 von Billroth auf perinealem Wege mit ungünstigem Erfolg ausgeführt. Auch spätere Versuche in dieser Richtung hatten ein schlechtes Resultat und konnten zur Nachahmung dieses gefährlichen Eingriffs bei der Prostatahypertrophie nicht ermutigen. Erst als man erkannte, daß die hypertrophische Prostata sich leicht und schonend aus ihrer Kapsel herausschälen lasse, war der rechte Weg gefunden. Vignard wies auf Grund von Leichenversuchen 1890 zuerst auf die Ausführbarkeit der subkapsulären Entfernung der hypertrophischen Prostata hin. Am Lebenden wurden die ersten totalen intrakapsulären Prostatektomien vom Perineum aus 1891 von Goodfellow in San Franzisco, im gleichen Jahre auch von Watson, Pyle und Syms, die ersten suprapubischen 1887 von Mac Gill, 1895 von Belfield und Fuller, 1901 von Freyer in London vorgenommen. Freyer vereinfachte das ursprüglich Mac Gill'sche Verfahren und trug dadurch wesentlich zu einer rascheren Verbreitung und allgemeinen Aufnahme der suprapubischen Prostatektomie bei. In Deutschland hat die Prostatektomie erst verhältnismäßig spät Eingang gefunden, die hohe Mortalität erklärt diese Zurückhaltung. Während im Anfang die perineale Operationsmethode den Vorrang hatte, wird jetzt in Deutschland anscheinend der suprapubischen der Vorzug gegeben. Durchschnittlich werden $^9/_{10}$ aller Total-Prostatektomierten von ihren Beschwerden sicher befreit, ein Resultat, mit welchem

die Prostatektomie, trotz immer noch recht hoher Mortalitätsziffer, alle anderen radikalen Behandlungsmethoden in den Schatten stellt. Trotzdem ist die Operation als ein ernster Eingriff anzusehen und darf nur nach sorgfältiger Abwägung aller in Betracht kommenden Umstände vorgenommen werden.

II.

Kritisch-descriptiver Abriss u. s. w.

Die Darstellung ist so gestaltet, daß nacheinander die einzelnen Komponenten des Krankheitsbildes entwickelt, an der Hand der Literatur die auseinandergehenden Meinungen gegenüberstellt und gegebenenfalls auch eigene Anschauungen zum Ausdruck gebracht werden.

a. Anatomisch-Physiologisches.

Verfasser hält zwar ebenfalls die Bezeichnung „Mittellappen" für anatomisch unzutreffend, da das Organ, wie auch Casper betont, nur aus zwei Lappen bestehe, fürchtet aber, daß der Chirurg und Urologe diese im praktischen Gebrauch bequeme Benennung der blasenwärts gewucherten Prostatateile so leicht nicht aufgeben werde. Ueber die Bedeutung der inneren Sekretion der Prostata besteht noch keine Klarheit. Rovsing in Kopenhagen vindiciert ihr wesentlichen Einfluß auf die Psyche und prostatektomiert daher nur sehr ungern und selten. Die vielfältigen Erfahrungen mit der Prostatektomie können Rovsings Standpunkt nicht sehr stützen, deuten vielmehr darauf hin, daß zur Erhaltung des Individuums und der hierzu nötigen körperlichen und seelischen Lebensfunktionen das Organ entbehrt werden kann; vorübergehende psychische Störungen werden indessen hin und wieder beobachtet. Posners Auffassung, daß der musc. sphincter internus nur das Regurgitieren des Spermas in die Blase bei der Ejaculation zu verhindern habe, glaubt Verfasser nicht beitreten zu können. Er spricht vielmehr dem sphincter internus auch einen wesentlichen Anteil am eigentlichen Blasenschluß (Continenz) zu.

β. Begriffsbestimmung und Aestiologie.

Die Entzündungs-Theorie (Ciechanowski, Rothschild) glaubt Verfasser, auch auf Grund seiner eigenen Präparate, ablehnen zu können. Er hält vorläufig die neoplastische Theorie, obwohl sie einen Beweis ihrer ausschließlichen Gültigkeit auch nicht zu erbringen vermag, für die wahrscheinlichste. Auch die sogen. funktionellen Theorien (White, Rovsing) sind nach Ansicht des Verfassers durchaus nicht von der Hand zu weisen und sehr beachtenswert. Bisher ist nur das Alter das einzige aetiologische Moment, das nicht bestritten wird.

γ. Pathologische Anatomie.

Den Untersuchungen Motz's, Peréarneau's, Jores', Simmonds' u. a., nach denen die Neubildung auf dem Wachstum periurethraler Drüsen beruht, die durch die physiologische Altersinvolution der Prostata Platz zum Wuchern gewinnen, sodaß schließlich die eigentliche Drüse nur noch als Kapsel zurückbleibt, wird eingehend Rechnung getragen. Verfasser hält die Argumente hierin noch nicht für beweiskräftig genug. Sollten jedoch fernere Untersuchungen diese Anschauung bestätigen, so hätte das therapeutische Handeln des Chirurgen schon lange den richtigen Weg verfolgt, indem durch die intrakapsuläre Ausschälung das Neoplasma entfernt, die atrophische kapseldünne Prostata selbst zurückgelassen wird.

δ. Symptone, Verlauf und Prognose.

Einteilung in drei Stadien: Reizstadium, das der chronischen inkompleten, und das der chronischen kompleten Rentention. Die Prognose ist, auch schon im I. Stadium, meist unsicher und zweifelhaft, im II. Stadium ist sie immer zweifelhaft, im III. Stadium fast immer ungünstig.

ε. Diagnose.

Die Diagnose der Prostatahypertrophie ist im allgemeinen nicht schwer. Vor jedem größeren chirurgischen Eingriff sollte nach Möglichkeit cystoskopiert werden. Außerdem ist neben sorgfältiger Untersuchung der

Atmungs- und Kreislauforgane am besten vor jeder in Aussicht genommenen Prostatektomie die Gesamtnierenfunktion zu prüfen. Bei unzureichender Nierenfunktion ist durch evakuatorischen Katheterismus oder Anlegen einer Blasenfistel eine Besserung derselben anzustreben (zweizeitige Prostatektomie). Wenn sich keine Besserung erzielen läßt, ist die Prostatektomie kontraindiciert, dann Schaffung einer Dauerfistel. Ueber genaue Unterscheidungsmerkmale zwischen einfacher Hypertrophie und Carcinom ante exstirpationen verfügen wir leider nicht. Nach Joung und Pauchet sind 10% aller Vergrößerungen Carcinome, Albarrand und Hallé fanden sogar 14%. Hirt vermutet, daß nicht wenige Fälle, die als einfache Hypertrophie behandelt werden, bereits in carcinomatöser Umwandlung begriffen sind. Diese Angaben fordern zu einer recht differenzierten Diagnosenstellung und, schon bei leisem Verdacht, zu frühzeitigem operativen Eingreifen heraus.

ζ. Therapie und spezielle Indikation.

Verfasser stellt die Forderung auf, daß besonders der alleinstehende Arzt auf dem Lande in der Lage sein muß, nicht nur sachgemäß zu katheterisieren und eine Blasenpunktion zu machen, sondern auch eine Blasenfistel durch Sektio alta anzulegen, wodurch er den Prostatiker von seinen schweren Qualen befreit, ihn erst transportfähig macht und die Prostatektomie einleitet, die dann natürlich Sache des Facharztes ist. Also eine Prostatektomie nicht nur in zwei Zeiten, sondern auch an zwei Orten und von zwei Aerzten. Der Technik der perinealen (Albarran, Joung, Wilms u. a.) und suprapubischen (Freyer) Prostatektomie ist eine eingehende Schilderung gewidmet. Verfasser vertritt die Ansicht, daß alle bisher geübten Verbesserungsversuche nichts wesentliches gefruchtet haben. Er glaubt sich der Meinung Hirts anschließen zu sollen, daß nicht alle Hypertrophien nach einer Methode, sondern die ins Rektum stark vorspringenden Tumoren besser perineal, die mehr blasenwärts gelegenen suprapubisch operiert werden sollten. Die Verbindung der suprapubischen Operation mit einer perinealen Drainage

hält Verfasser theoretisch für glücklich, ob allerdings praktsich, wie Hirt meint, nicht unnötige Komplikationen dadurch geschaffen werden, wagt er nicht zu entscheiden. Der Mittel und Wege, die zur Einschränkung der noch immer recht hohen Mortalität bei diesem Eingriff zur Verfügung stehen, wird ausführlich gedacht (sorgfältige Auswahl der Fälle, wobei das Alter keine Kontraindikation ist; Vermeidung der allgemeinen Anaesthesie; sorgsame Vorbehandlung eventl. durch Blasenfistel; sogen. zweizeitige Prostatektomie; subtile Pflege, methodische Atemübungen, frühzeitiges Aufstehenlassen etc.). Bezüglich der allgemeinen Indikation ist Verfasser der Ansicht, daß man unter Berücksichtigung aller Umstände, besonders aber auch der eventl. carcinomatösen Natur der Prostatageschwulst, nicht zu lange kostbare Zeit für die Operation verlieren dürfe. Er hält nach dem Vorgang Freudenbergs die Operation allemal dann für indiciert, wenn man dem Patienten den Katheter zum eigenen Gebrauch in die Hand geben müßte.

Mit vorstehendem Auszuge einverstanden!

Dr. Köhler.